

**BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DEL PRADO, DE CERETÉ
CÓRDOBA- 2019**

**MICHAEL DE JESÚS DÍAZ MORELO
YOSELI PATRICIA VÁSCONEZ MESTRA**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CERETÉ – CÓRDOBA
2019**

**BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DEL PRADO, DE CERETÉ
CÓRDOBA- 2019**

MICHAEL DE JESÚS DÍAZ MORELO

YOSELI PATRICIA VÁSCONEZ MESTRA

Trabajo de investigación para optar el título de Administrador en Salud

DIRECTORA:

Luz Neyla Petro Falón

Enfermera Magister en Epidemiología

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CERETÉ – CÓRDOBA
2019**

Nota de aceptación:

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y todas las personas que aunando esfuerzos nos apoyaron y colaboraron en la elaboración de este trabajo de grado.

Al Director de este proyecto, quien con su experiencia e inteligencia contribuyó en su desarrollo, reforzando nuestros conocimientos con paciencia y constancia.

A la Universidad de Córdoba, ya que en sus aulas, y por intermedio de su selecto grupo de profesores adquirimos los conocimientos necesarios para cumplir con nuestro objetivo de ser profesionales en Administración en Salud.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	11
SUMMARY	13
INTRODUCCIÓN	14
1. OBJETIVOS	18
1.1 GENERAL.....	18
1.2 ESPECÍFICOS.	18
1.2.1 Describir las características estructurales y de procesos de la institución	18
1.2.2 Describir el cumplimiento de estándares de seguridad del paciente	18
1.2.3 Clasificar las sedes de acuerdo al cumplimiento de estándares de seguridad del paciente.....	18
1.2.4 Formular recomendaciones a los hallazgos de la investigación.	18
2. REFERENTE TEÓRICO	19
2.1 ANTECEDENTES	19
2.2 MARCO REFERENCIAL.....	25
2.3 MARCO TEÓRICO.....	27
2.3.1 La seguridad del paciente.....	28
2.3.2 Objetivos de la seguridad del paciente	28
2.3.3 La importancia de trabajar en seguridad del paciente.....	30
2.3.4 Los avances en seguridad del paciente	30
2.3.5 Elementos básicos de una cultura de calidad y seguridad.....	31
2.4 MARCO CONCEPTUAL	31
2.4.1 Evento Adverso	32
2.4.2 Incidente.....	32
2.4.3 Cultura de seguridad del paciente	32
2.4.4 Seguridad del paciente.....	33
2.4.5 Acciones Administrativas en salud.....	34
2.4.6 Principios orientadores de la política de la seguridad del paciente.....	34
2.4.7 Plataforma estratégica de la seguridad.....	34
2.4.8 Fortalecimiento de la cultura institucional	35

2.4.9	Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.	35
2.4.10	Procesos seguros	36
2.4.11	Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	36
2.4.12	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud 37	
2.4.13	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	37
2.4.14	Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	38
2.4.15	Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	38
2.4.16	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	39
2.4.17	Prevenir las úlceras por presión	40
2.4.18	Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo	40
2.4.19	Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	40
2.5	MARCO LEGAL	41
	Ley 100 de diciembre 23 de 1993	41
	Resolución 3997 de 1996 octubre 30	42
	Acuerdo 117 DE 1998 de diciembre 29	43
	Ley 1122 de 2007	43
	Ley 1438 de 2011	43
	Herramienta para promover la estrategia de la seguridad del paciente / 2007	44
	Lineamientos para la implementación de la Política de seguridad del paciente en junio de 2008	44
	Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud 4 de marzo de 2010	44
3	METODOLOGÍA	46
3.1	TIPO DE ESTUDIO	46
3.2	INTRUMENTO	48
3.3	ESCENARIO DEL ESTUDIO	46
3.4	POBLACIÓN	46
3.5	MUESTRA	46
3.6	UNIDAD DE ANÁLISIS	47
3.7	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	47

3.7.1	Criterios de inclusión	47
3.7.2	Criterios de exclusión	47
3.8	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
3.9	TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
3.10	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	49
4	RESULTADOS	50
4.1	ASPECTOS ESTRUCTURALES Y DE PROCESOS DE LA E.S.E CAMU DEL PRADO DE CERETÉ CÓRDOBA	50
4.2	CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS APLICADA A LA E.S.E. CAMU DEL PRADO DEL MUNICIPIO DE CERETÉ DURANTE EL AÑO 2019 – 1 52	
4.3	CLASIFICACIÓN DEACUERDO A LA POLITICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LA LISTA DE CHEQUEO	60
5	CONCLUSIONES	61
6	RECOMENDACIONES	62
7	LISTAS DE REFERENCIAS	64
8	ANEXOS	71

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1 CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	52
TABLA 2 MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	53
TABLA 3 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	54
TABLA 4. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.....	56
TABLA 5 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	57
TABLA 6 GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	58
TABLA 7 ASPECTOS EVALUADOS SOLO SEDE DE URGENCIAS	59

LISTADO DE FIGURAS

FIGURA 1 CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	53
FIGURA 2 MONITORIZACIONES DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	54
FIGURA 3 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	55
FIGURA 4. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.....	56
FIGURA 5. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	57
FIGURA 6 GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO.....	58
FIGURA 7. ASPECTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EVALUADOS SOLO EN SEDE DE URGENCIAS.....	59

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 71

ANEXO 2¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RESUMEN

Introducción: Respecto a lo que puede ser un conjunto de buenas prácticas en seguridad del paciente, el Programa de Seguridad del Paciente para Colombia es un buen referente. Este fue establecido en el país, como la primera práctica segura obligatoria que deben implementar las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para mejorar continuamente la calidad de la atención, a través de estrategias dirigidas a reducir y en lo posible eliminar la presencia de eventos adversos. La E.S.E CAMU DEL PRADO cuenta con este Programa, y en respuesta al ajuste realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, según los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, es una prioridad institucional. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto, en siete de las doce sedes de la ESE, utilizando la herramienta “Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes obligatorias” del Ministerio de Salud y Protección Social, que permitió determinar el cumplimiento de aspectos relacionados con la existencia de un programa de seguridad del paciente, aspectos del monitoreo de eventos adversos, acciones de detección, prevención y reducción de riesgos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS); seguridad en la utilización de medicamentos, identificación de pacientes asistenciales, procedimientos quirúrgicos, prevención de caídas y seguridad para el binomio madre hijo. Resultados: Existe una política y un Programa de Seguridad del Paciente que garantiza su aplicabilidad e implementación con participación de todo el personal de la E.S.E. asistencial, administrativo y usuarios, liderado por un equipo referente institucional conformado por personal de la alta dirección, que organiza los recursos necesarios para gestionar, hacer el seguimiento correspondiente, y articular acciones con el Comité de Seguridad del Paciente, con el propósito de brindar una atención segura a los usuarios de los servicios que la E.S.E ofrece. Se

identificaron oportunidades de mejora que la institución deberá priorizar para dar cumplimiento al marco legal vigente.

SUMMARY

Introduction. Regarding what can be a set of good practices in patient safety, the Patient Safety Program for Colombia is a good reference. This was established in the country, as the first mandatory safe practice that must be implemented by the Healthcare Provider Institutions (IPS) to continuously improve the quality of care, through strategies aimed at reducing and, where possible, eliminating the presence of adverse events. . The ESE CAMU DEL PRADO has this Program, and in response to the adjustment made by the Ministry of Health and Social Protection, according to the standards that are part of the components of the Single System of Habilitation of the Mandatory System of Quality Guarantee of the Attention of Health is an institutional priority. Methodology. A cross-sectional descriptive study with a mixed approach was carried out in seven of the twelve ESE sites, using the "Checklist for Good Practices in Patient Safety Mandatory" tool from the Ministry of Health and Social Protection, which enabled compliance to be determined. aspects related to the existence of a patient safety program, aspects of monitoring adverse events, actions to detect, prevent, and reduce the risks of infections associated with health care (IAAS); safety in the use of medications, identification of care patients, surgical procedures, fall prevention and safety for the mother-child pair. Results: There is a policy and a Patient Safety Program that guarantees its applicability and implementation with the participation of all E.S.E. assistance, administrative and users, led by an institutional benchmark team made up of senior management personnel, who organize the necessary resources to manage, monitor, and coordinate actions with the Patient Safety Committee, in order to provide a safe attention to the users of the services that ESE offers. Opportunities for improvement were identified that the institution must prioritize to comply with the current legal framework.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia define la seguridad del paciente “como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (MinSalud, 2020). Es claro en afirmar que se requiere de un proceso de evaluación permanente de los riesgos que asociados a la atención en salud fundamenten y permitan el diseño e implementación de barreras de seguridad necesarias.

La misma entidad en el documento Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, define la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica. Por tanto, es una condición inmersa al proceso de atención en salud que todo prestador debe garantizar a sus usuarios con el propósito de contribuir a una recuperación rápida y segura, evitando generar más daño al que el paciente ya tiene y como contribución a una pronta y adecuada recuperación, además que es el compromiso misional de todo prestador de salud.

Retomando datos históricos estos conceptos se relacionan con el precepto señalado por Hipócrates, relativo a “primero no hacer daño”, queriendo decir que era suficiente con lo que el paciente ya tiene, como para causarle un daño más. También son coincidentes con el postulado de (Donabedian, 1990) procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo.

Cabe anotar que en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Errar es humano". (Gervas, 2011) y luego en el año 2000 se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción nacionales e

institucionales en especial en hospitales pero también en todo tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud, haciendo énfasis en la importancia de garantizar a los usuarios de servicios de salud, todas las condiciones posibles para que su estancia en el hospital no se vea afectada por eventos adversos no asociados a su condición de salud, por el contrario se vele porque salga mejor y muy satisfecho.

La seguridad del paciente es un tema reciente en las agendas mundiales de salud, es así como el tema viene siendo promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" (Cardenas, 2005).

Son diversas las estadísticas que fundamentan el interés del tema a nivel mundial, cabe citar que en el año 2000 el grupo de trabajo *Hospitals for Europe* para la calidad de la atención sanitaria hospitalaria de Madrid-España, estimó, que uno de cada diez pacientes en los hospitales de Europa sufrió perjuicios que se podrían prever y efectos adversos relacionados con su cuidado. Mientras, en España el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2006) – desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), encontró que la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria era del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables. (ENEAS, 2006).

Para el año 2009 en los países de México, Costa Rica, Perú, Argentina y Colombia se realizó el estudio IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, el cual es considerado el único estudio multicéntrico internacional, el que mayor número de hospitales ha incluido y el más importante de seguridad del paciente realizado en América Latina, fue desarrollado en 58 hospitales donde la prevalencia promedio de los eventos adversos fue de 10.5% (IBEAS, 2009)

Posteriormente el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), realizó en 21 servicios de urgencias españoles, que incluyó a 3.854 pacientes, el Estudio de Eventos Adversos Ligados a la Asistencia los Servicios de Urgencias de Hospitales Españoles (EVADUR 2010) ,

donde cerca del 12% de los pacientes presentaron al menos un incidente o EA. El 70% de los eventos adversos se consideraron evitables y existió evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de ellos. Los relacionados con la medicación fueron los más frecuentes. (EVADUR, 2010)

América Latina y en especial Colombia, fundamentaron en el estudio IBEAS (2008) la necesidad de fortalecer aspectos que garantizaran mayor seguridad a los pacientes, es así como en la última década el país ha concentrado gran parte de sus esfuerzos a liderar una política nacional de seguridad del paciente que garantice la reducción de eventos adversos evitables, entre ellos promulgó *los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia* con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos y poder contar con instituciones seguras. Posterior a ello formula la Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud cuyo propósito fundamental es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopilar las prácticas disponibles en la literatura médica, y contar con evidencia suficiente y recomendadas por grupos de expertos. Más adelante genera el documento para la promoción de la cultura de la seguridad del paciente con el propósito de integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

Todas estas herramientas incluida la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente obligatorias, comprometen a los prestadores a articular todo su accionar en función de la seguridad de sus usuarios, y más allá de ello fortalecer la responsabilidad y seguridad del personal de salud. Si bien estos elementos direccionan el proceso, es también importante desarrollar estrategias que permitan la identificación de factores y eventos que cuentan con un alto sub registro, dadas las implicaciones de admitir que se cometió un error que en el mejor de los casos pone en riesgo la salud del paciente y en el peor puede desencadenar una lesión

severa e irreversible incluso la muerte. En esa medida todos los prestadores, incluida la ESE CAMU PRADO tiene el compromiso de evaluar cómo va el despliegue de la política y los efectos que ella ha generado en términos de cultura de seguridad, garantías para el buen ejercicio de la prestación del servicio y confianza generada en los usuarios.

Con todos estos argumentos el grupo investigativo gestionó la realización de la presente investigación, llevada a cabo en siete de las doce sedes de la E.S.E. CAMÚ DEL PRADO del municipio de Cereté Córdoba, Colombia, durante el año 2019; con el propósito de verificar el cumplimiento de los diferentes aspectos formulados en el instrumento y que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades prestadoras del servicios de salud del país.

Se identificaron importantes logros y también oportunidades de mejora que comprometen a la institución en la mejora continua de la prestación de servicios, se realizaron recomendaciones para que la institución mantenga vigente la política de seguridad del paciente enfocada al mejoramiento continuo, a través de la implementación de diferentes estrategias que permitan desarrollar la cultura de la seguridad del paciente en los clientes internos y externos de la organización, contribuyendo al mejoramiento de los indicadores de gestión en salud, el mejoramiento de la rentabilidad social y financiera de la empresa.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL.

Evaluar el cumplimiento de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Empresa Social del Estado CAMU DEL PRADO, del municipio de Cereté en el departamento de Córdoba, mediante la aplicación de un instrumento propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

1.2 ESPECÍFICOS.

1.2.1 Describir las características estructurales y de procesos de la institución.

1.2.2 Describir el cumplimiento de estándares de seguridad del paciente.

1.2.3 Clasificar las sedes de acuerdo al cumplimiento de estándares de seguridad del paciente.

1.2.4 Formular recomendaciones a los hallazgos de la investigación.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Los hospitales fueron las primeras instituciones donde las prácticas seguras se hicieron fundamentales, prácticas como el aislamiento del paciente de sus familiares para evitar el contagio de las enfermedades. El primer hospital fue fundado en la isla de Tíber, lugar en que los romanos en el año 293 A.N.E (Antes de Nuestra Era) habían erigido el templo a Esculapio, el que se convirtió para todos los pobres que estaban enfermos en una especie de hospital rudimentario, allí se les cuidaba y curaba. Cuando los hospitales surgieron fueron conocidos con el nombre griego de Xenodochi. Se conoce que por un decreto del Califa, que fundó un hospital en el año 786, toda nueva mezquita tenía que tener anexo un centro hospitalario, pero no es hasta el siglo VIII que surgen los hospitales especializados; en el año 981, se fundó en Bagdad una primera institución hospitalaria. (López, 2014). Todos con la finalidad de curar al paciente y proteger a las comunidades de las enfermedades que pudieran ser transmitidas.

Luego nace la seguridad del paciente sin que se hubiese llamado así desde entonces, es parte de la atención en salud desde los escritos de Hipócrates, quien en el ejercicio de la medicina se ha soportado en la premisa de “primero no hacer daño”, por ello, las intervenciones de atención en salud se realizan siempre con el propósito de producir beneficio a los pacientes, sin causar daño, sin embargo y sin intención alguna, este se presenta con frecuencia. (Echeverri, 2007).

En el año 1136, La instalación conjunta del Pantokrātō, Cristo Todopoderoso, actualmente ubicado en Thinali - Grecia que además tenía un hospital con cincuenta camas, repartidas en cinco departamentos: diez camas para enfermedades quirúrgicas, ocho para agudos, diez para enfermos masculinos, otras tantas para

mujeres, y finalmente doce para enfermedades ginecológicas, fue una muestra de prácticas seguras como la clasificación por grupos de patologías (López, 2014).

Por otra parte, las recomendaciones publicadas sobre aislamiento se dieron específicamente en 1877, con la separación de los enfermos con patologías infecciosas en ambientes diferentes alejados del resto de enfermos. (MinSalud, 2006)

Posteriormente en 1910 surgen las barreras de enfermería que establecían un estricto uso de medidas diversas para prevenir la adquisición de infecciones dentro de los hospitales como el lavado de manos con soluciones antisépticas después del contacto, y desinfección de materiales contaminados, a pesar de haberse mantenido al paciente en ambientes hospitalarios de múltiples camas la aplicación de estas medidas redujo la ocurrencia de estas infecciones. (MinSalud, 2018)

En la década de los 60 pocos hospitales en el mundo tenían políticas de aislamiento, así en 1970 se emiten las primeras propuestas en este tema publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPEEU) (en inglés Centers for Disease Control and Prevention, (CDC) de Atlanta, EUA, denominado "Manual sobre técnicas de Aislamiento" para uso en hospitales, siendo posteriormente modificables en los 80 con el surgimiento de las "Precauciones con Sangre y Fluidos corporales". (Castillo, 2010). Estas prácticas evidenciaron la preocupación y práctica de procedimientos que buscaban reducir los riesgos de infecciones entre pacientes dentro de los hospitales, ante eventos adversos, entonces se inicia la realización de estudios relacionados con los problemas presentados en dichos hospitales. (Castillo, 2010)

Diversos estudios se han llevado a cabo para evaluar la seguridad del paciente en ámbitos asistenciales concretos, buscando dimensionar la magnitud e identificar los factores determinantes relacionados con el riesgo en la atención en salud.

El Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS), es un estudio de carácter cualitativo, realizado en 2006 en 24 hospitales de España, seis pequeños (de menos de 200 camas), 13 medianos (de 200 a 499) y cinco grandes (mayor o igual 500 camas). 451 Altas en hospitales pequeños, 2.885 altas en hospitales medianos y 2.288 altas en hospitales grandes; para obtener un total de 5.624 historias, arrojó resultados que apuntaban a que, del porcentaje total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% y un 25% de ellas estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. Se consideraron como graves el 16% de estos eventos, y hasta un 42.8% se catalogaron como eventos adversos evitables (Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud., 2006) (ENEAS, 2006)

En 2007 se llevó a cabo el estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (APEAS). Fue un estudio transversal con componentes analíticos realizado en 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de dicho país, se requirió de oportunidad y participación voluntaria, compuesta por 452 profesionales (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeros). Los equipos de Atención Primaria fueron seleccionados a través de los referentes de Seguridad de Pacientes de las Comunidades Autónomas, de Sociedades Científicas y de Informadores Clave. Dicho estudio de prevalencia arrojó datos análogos a los del estudio ENEAS, identificando en este caso que los errores de medicación constituían el 47.8% del total de eventos adversos, un 5.9% se consideraron graves y hasta el 64.3% de los mismos fueron evitables. (APEAS, 2008)

El primer y más importante estudio sobre la seguridad de los pacientes realizado en América Latina en 2009, fue el estudio IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, un estudio observacional analítico de corte transversal resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la

Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e Instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Este ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos, en el que participaron 58 centros hospitalarios de los cinco países, se analizó información de 11.555 pacientes hospitalizados y colaboraron equipos de investigadores de los países en mención, liderados técnicamente por el equipo de expertos investigadores de España. Complementario a la transversalidad del estudio, se hizo una etapa de seguimiento para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos observados, esta muestra fue de 2000 pacientes en cada país para alcanzar una precisión mínima de 1,5% con una prevalencia estimada del 10% y unas pérdidas del 5%, aunque no se pretendía realizar inferencia debido a que el muestreo no fue aleatorio. Se esperaba encontrar 40 EA por hospital, 200 EA por país y 800 EA para todo el proyecto. Debido a que el objetivo principal del estudio era dotar a los países de esta metodología antes que hacer inferencia de los resultados obtenidos a la región o al propio país, el muestreo en cada uno de los países fue por oportunidad, como resultado de la atención médica en los hospitales. (IBEAS, 2009).

En 2009 fue publicado el estudio SYREC, Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva, seguridad y riesgo en el enfermo crítico, es un estudio de cohorte realizado en 2007 en España dirigido a describir Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva, seguridad y riesgo en el enfermo crítico. Es un estudio multicéntrico, observacional, de cohorte prospectivo con un periodo de seguimiento de 24 horas, desde las 08:00 horas del día 22 de marzo hasta las 08:00 horas del día 23 de marzo de 2007. Invitó a participar a todas las UCIs españolas que lo desearan, para ello, se enviaron 220 correos postales a los Jefes de Servicios de cada Unidad y teniendo como resultado el 90% de todos los incidentes sin daño y el 60% de los eventos adversos son clasificados como evitables o posiblemente evitables. (SIREC, 2009)

Otro estudio español fue el EARCAS Eventos Adversos en Residencias y Centros Sociosanitarios, realizado en hospitales de media y larga estancia (HMLE) como en residencias socio sanitarias (RSS) y profesionales que trabajaban en ellos, fue un estudio cualitativo en tres fases: Delphi, encuesta de percepción del riesgo y meta plan, que buscó explorar los rasgos de la cultura de la seguridad en los centros asistenciales, determinar riesgos relevantes en el proceso de atención y priorizar las acciones para la mejora con el propósito de identificar la vulnerabilidad del paciente como el factor clave relacionado con la aparición de eventos adversos. (EARCAS, 2011)

El estudio EVADUR eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles fue un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y multicéntrico realizado en 21 servicios de urgencias españoles. Durante 7 días diferentes (equivalentes a días semanales) entre octubre y diciembre de 2009 se siguió en tiempo real (24 horas) la asistencia en pacientes seleccionados aleatoriamente, y registraron los EA y sus características. Cada EA fue revisado posteriormente por evaluadores externos. Un 12% de los pacientes visitados en urgencias sufrieron algún tipo de incidente o EA, clasificados como evitables en un 70% por lo que se recomendó establecer medidas en el seguimiento para prevenir la aparición de EA. (EVADUR, 2010)

En 2009 en Colombia se publicó el artículo de revisión Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente, cuyo fin fue describir cuál era la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del área de la salud, referida por la literatura científica disponible en ese momento. Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados entre 2000 y 2009 y referenciados en las bases de datos médicas. Los estudios revisados fueron principalmente descriptivos, observacionales y exploratorios transversales; llegando al concepto de que la cultura de seguridad del paciente es una temática de gran valor para el cuidado de la salud con un enfoque de calidad y excelencia; por lo tanto, es de vital importancia documentar su situación en el país, y en el ámbito institucional consolidar las bases

teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores de la salud. (Gomez, 2011)

En ese mismo año también se realizó el estudio cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería, en Bogotá, Colombia durante el año 2009. Este estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. Fue un estudio descriptivo, transversal, exploratorio, la muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. La medición se realizó con el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, con cuestionario auto administrado. Los resultados indicaron que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidenciaba por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. (Gomez, 2011)

En Medellín durante el año 2017 se realizó el estudio Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud, en cuatro instituciones de primer y segundo nivel de atención, el estudio fue de tipo descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional. Hizo parte de un macroproyecto en el que se indagó sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015. Participaron profesionales y auxiliares de enfermería que cumplían con criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante la *Hospital Survey on Patient*, se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución II mejorar la frecuencia

en la notificación de eventos adversos que estaba en un 58,4% y mejorar la dotación del personal que en 50% dio respuestas negativas; A nivel organizacional se consideró importante mejorar la retroalimentación y comunicación sobre errores, considerado por un 66,7% del personal, y la franqueza en la comunicación, con un 55,6%, de opiniones negativas. (Martinez, 2017)

2.2 MARCO REFERENCIAL

Según la OMS desarrollar una cultura de seguridad del paciente implica un cambio de conductas en todo el personal previa interiorización de la necesidad de garantizar procesos y procedimientos seguros. Datos de la OMS en 2007, indican que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1,4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios. Incluso en los países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan durante su estadía, mientras que en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25%. (O.M.S, 2007)

La Seguridad del Paciente abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, en este sentido, “Las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos” (Villareal, 2007)

Por su parte el estudio de Muino (2007), mejorar la seguridad de los pacientes, se basó en la gestión de riesgos, la cual se realiza en tres fases: Identificación, Evaluación-análisis: de la frecuencia, el coste y la gravedad del riesgo y Tratamiento, que conlleva el conjunto de actuaciones para prevenir el riesgo eliminándolo, y si no es posible reducirlo. Como se ha comentado, el riesgo se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

La gestión de riesgos es una nueva disciplina que tiene como objetivo el estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención,” (Muino, 2007).

Por otra parte, el sistema de salud en Tabasco propuesto por (Ramírez L. , 2009) afirma que la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano.

Se puede mejorar al intervenir con el desarrollo de estrategias centradas en especial sobre la higiene de manos, diseñada para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados, un gravísimo problema que ocasiona terribles consecuencias y que cada año afecta a millones de personas en el mundo entero. Lamentablemente, el cumplimiento de una correcta higiene de manos es sumamente bajo y resulta la causa principal de la diseminación de los gérmenes patógenos entre los pacientes hospitalizados. (Becerra, 2009)

La seguridad clínica forma parte integral de la dimensión técnica de la calidad de atención. “La calidad de atención en salud en Colombia, junto con el acceso a los servicios de salud, con oportunidad y pertinencia del enfoque clínico, con la continuidad de la atención y con la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención y obliga por Ley, conmina a las instituciones de salud a lograr prácticas más seguras” (Franco, 2010).

Por su parte la OMS como autoridad mundial en salud, determinó que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud y se tiene en cuenta que los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. (OMS, Seguridad del paciente, 2010). La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema, un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. (M.P.S, 2010)

2.3 MARCO TEÓRICO

Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios. La finalidad de la atención sanitaria es el cuidado de la salud, esto es, la prevención de enfermedades, el tratamiento de éstas y, en general, la mejora de la calidad de vida de las personas. Pero, la atención de la salud - como cualquier otra actividad compleja desarrollada por el ser humano – también entraña

ciertos riesgos. En las últimas décadas, en distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los eventos adversos de la atención sanitaria; por identificar sus causas y, en consecuencia, por desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. (IBEAS, 2009).

2.3.1 La seguridad del paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) y su iniciativa "Alianza mundial para la seguridad del paciente", desarrolló estrategias que se están implementando para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad en el cuidado de los pacientes. Las iniciativas pueden ser establecidas por instituciones gubernamentales, fundaciones creadas para ese fin, sociedades científicas y por los propios hospitales o centros médicos. “se desarrollaron estrategias centradas en especial sobre la higiene de manos para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados; Lamentablemente, el cumplimiento de una correcta higiene de manos es sumamente bajo y resulta la causa principal de la diseminación de los gérmenes patógenos entre los pacientes hospitalizados” (Becerra, 2009).

Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia considera que la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, lo que implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. (M.P.S, 2010).

2.3.2 Objetivos de la seguridad del paciente

La (OMS, LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE , 2008) organización mundial de la salud define como objetivos de la seguridad del paciente los siguientes:

1. Promover un atención segura en la atención en salud a los pacientes a través del diseño de procesos seguros y direccionando las políticas institucionales hacia la seguridad de ellos.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes a través de la implementación de las actividades y estrategias definidas para la seguridad.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante la identificación de riesgos, elaboración de planes de acción preventivos, el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema (pacientes, profesionales, aseguradoras) hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles a través de indicadores de seguimiento para la toma de decisiones y la mejora.
5. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
6. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

2.3.3 La importancia de trabajar en seguridad del paciente

En el mundo entero el reporte “Error es humano” de 1999 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) creó la antigua alianza mundial por la seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son, “gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones” (MinSalud, 2011)

2.3.4 Los avances en seguridad del paciente

En Colombia Desde la publicación del reporte “Error es humano” de 1999, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, este país no ha sido ajeno a este esfuerzo. En el 2005 el “Sistema Único de Acreditación en salud” (MPS, 2009) introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente.

Posteriormente el componente de habilitación del (MinSalud, 2011) definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente.

2.3.5 Elementos básicos de una cultura de calidad y seguridad

El interés en la atención centrada en el paciente como una estrategia de seguridad, refleja una creciente conciencia entre los prestadores de servicios de salud, en asuntos como la calidad y la seguridad, fundamentales para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente. Los métodos que pueden utilizarse incluyen el análisis de los factores humanos, las rondas de seguridad, y las estrategias de detección y prevención tempranas. (M.P.S, 2010).

De esta manera, “el compromiso con el aprendizaje continuo y el rediseño de procesos en las organizaciones además la colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo como normas, para la creación de una cultura de la seguridad requieren de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario, en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente implica el dominio de diversos conceptos que se consolidan en la estructura del instrumento usado para determinar los resultados de la presente investigación. Es así como la “Lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente obligatorias” es un instrumento que permite abordar variados aspectos del tema como los relacionados con la existencia de un programa

de seguridad del paciente, monitoreo de eventos adversos, acciones de detección, prevención y reducción de riesgos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS); seguridad en la utilización de medicamentos, identificación de pacientes asistenciales, procedimientos quirúrgicos, prevención de caídas y seguridad para el binomio madre hijo, los cuales se desarrollan en adelante.

2.4.1 Evento Adverso

Existen diferentes conceptos relacionados con los eventos adversos, errores o incidentes. El “Evento Adverso” se define como la “lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser inevitables o evitables” (MinSalud, 2019). El evento adverso obedece a cualquier acción u omisión en la gestión o ejecución de un procedimiento inmerso en la atención del paciente, es decir que por lo general lo antecede un incidente.

2.4.2 Incidente

El “Incidente” es aquel “Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas al paciente, pero que en otras circunstancias podría haberlo producido” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad., 2011). Cuando se cometen incidentes recurrentes por lo general obedecen a una falta de cultura de seguridad del paciente individual o colectiva es decir por parte del personal o de las políticas institucionales.

2.4.3 Cultura de seguridad del paciente

Esta implica un cambio de hábitos en todos los procesos y centros de responsabilidad. Los elementos que se incorporan como insumos de procesos son la implementación de chequeos, paquetes de seguridad, identificación de pacientes y la mejora de la comunicación entre los integrantes del equipo asistencial, enfermos y familiares. La idea es transmitir los riesgos en forma específica para cada paciente y en cada contexto explicando por qué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido y no sólo informado. Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operativos, en los usuarios, sus familias, los especialistas del equipo y en los profesionales contratados. (Díaz, 2014)

2.4.4 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente según la OPS (2016) se define como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias que tratan de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias”, lo que arroja información que ayuda a entender cómo afecta la calidad en los servicios, contribuyendo al mejoramiento continuo de la organización, ya que a través de su estudio se identifican elementos claves que permiten aumentar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes dentro de la institución.

Entonces podemos decir que la seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe “errar es humano” en 1999, es objeto de atención general. Las estrategias de mejora han estimulado el desarrollo de modelos que permiten un mejor conocimiento de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria.

2.4.5 Acciones Administrativas en salud

Las acciones administrativas en salud son la manifestación de un poder público en el ejercicio de potestades administrativas sobre un cargo ya sea público o privado. Por tanto, “las acciones en Salud”, tiene a su cargo el establecer mecanismos de coordinación y control de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la participación y concertación de las instituciones, sectores y comunidad y realizar las de su competencia, para impactar en forma positiva el estado de salud de la población. (MPS, 2009)

2.4.6 Principios orientadores de la política de la seguridad del paciente

Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes profesionales para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar (MinSalud, 2019). Los principios son: Enfoque de atención centrado en el usuario, cultura de seguridad, multicausalidad y la alianza con el paciente y su familia.

2.4.7 Plataforma estratégica de la seguridad

Según el Ministerio de Salud un modelo de atención debe tener mínimo las siguientes características: centrado en el paciente, integral, humanizado, seguro y oportuno. La política de Seguridad enmarcada en asegurar el control de riesgos en la prestación del servicio al paciente, su familia o cuidador para prevenir la

ocurrencia, disminuir el riesgo y severidad de los eventos adversos (MinSalud, 2019).

El Programa de Seguridad tiene unos focos de intervención definidos los cuales están alineados a los objetivos de la OMS por la seguridad del paciente, los sistemas de vigilancia normativos, nuestros propios riesgos y la implementación de la Gestión Clínica. Este programa se operativiza en los niveles del autocontrol el cual corresponde a unidades funcionales y comités institucionales en las fases de: diagnostico, priorización, definición de planes, implementación, seguimiento, cierre y aprendizajes. (M.P.S, 2010).

2.4.8 Fortalecimiento de la cultura institucional

La cultura de seguridad no solo debe involucrar a los prestadores del servicio, sino también a los pacientes y sus cuidadores quienes deben convertirse en verificadores e informadores activos durante su atención. Por ello la institución debe involucrarlos de manera activa en los procesos de seguridad con actividades como campañas que busquen incentivar a que el usuario se vuelva parte activa en su atención y seguridad, carteleras institucionales donde se le esté recordando constantemente al usuario la importancia de el en su seguridad, entrega del material educativo, considerar al paciente como parte importante de su tratamiento, rondas de seguridad, sesiones breves de seguridad entre otros (MinSalud, 2019).

2.4.9 Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.

El Ministerio de Salud define que el reporte es una herramienta que sirve para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes, y permite

aprender de los fallos que se detectan. Constituye una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Tiene como objetivo mejorar la cultura de seguridad institucional por medio de identificación y aprendizaje de las experiencias, además del rediseño de procesos, con alcance hacia todo el personal de las instituciones asistenciales o administrativas, con una metodología de aplicación que busca capacitar al personal sobre el correcto diligenciamiento del formato y en cada servicio y/o oficinas. (MinSalud, 2019).

2.4.10 Procesos seguros

La implementación de procesos seguros es una herramienta sistemática, prospectiva, basada en el trabajo en equipo, que identifica las vías por las que un proceso puede fallar. Es utilizada para gestionar el riesgo, identificando y aprovechando oportunidades para intervenirlos y de esta manera prevenir que las cosas salgan mal o mitigar los impactos que esto pueda generar. Que tiene como objetivo: Reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Su alcance abarca todos los servicios de la E.S.E., teniendo en cuenta cada uno de los procesos y actividades que en ellos se realizan. Su metodología de aplicación es la implementación de acciones de mejora con fines preventivos. (MinSalud, 2019).

2.4.11 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente

La monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente considera la seguridad como un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque

general, una labor que afecte positivamente el funcionamiento de todo el sistema, y permita desarrollar un pensamiento global más sobre lo individual o personal (MinSalud, 2019).

Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema, no tener un claro diagnóstico de situación dificulta una correcta evaluación de la seguridad.

2.4.12 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud

La acción de intentar detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud fortalece en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras. (MinSalud, 2019) Dentro de las actividades implementadas para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud encontramos: Higiene de las manos teniendo en cuenta los 5 momentos, seguridad de las inyecciones, correcto lavado de las heridas, asepsia durante intervenciones quirúrgicas, lista de chequeo de cirugía segura, el uso adecuado de la sangre en el entorno asistencial y protocolo para la adecuada inserción del catéter.

2.4.13 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

Según el MSPS, la mejora de la seguridad en la utilización de medicamentos se basa en identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en su uso, e identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los mismos, con alcances de prescripción por parte del profesional, etiquetado, dispensación, distribución, administración, y utilización siguiendo los protocolos, hasta seguimiento del efecto del medicamento en el paciente, teniendo en cuenta el proceso de gestión de medicamentos incluyendo estandarización y el desarrollo de protocolos, de preparación y administración, complementado con la incorporación de sistemas de alertas informatizadas (MINSALUD, 2019).

2.4.14 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales

La correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales, desarrolla y fortalece el conocimiento técnico y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud, contribuye a prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados a la correcta identificación del paciente en los servicios de salud.

Las acciones que lleva dicho proceso deben incluir, por lo menos dos identificadores, el primero se inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relacionada con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales. (MinSalud, 2019).

2.4.15 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos cuenta con elementos generados por la alianza “Cirugía Segura Salva Vidas”, reto lanzado en el 2008 por la OMS, que busca procedimientos quirúrgicos más seguros, mejorar las condiciones de salud de las personas y disminuir la mortalidad y morbilidad en pacientes quirúrgicos. Según estadísticas mundiales, el número de procedimientos quirúrgicos aumenta dada la creciente incidencia de trauma del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares, esto va de la mano de los avances en la ciencia y la tecnología, y de la necesidad de capacitación y generación de competencias y habilidades en atención en salas de cirugía del personal de la salud que cumple con estas funciones. (MinSalud, 2019).

2.4.16 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

El propósito de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas es fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones. El alcance que dicho proceso incluye el inicio de la atención con la admisión del paciente al servicio, continúa con la adecuada acomodación del paciente en la camilla teniendo en cuenta el freno y las barandas, el estado sistémico y mental del paciente, seguir todos protocolos, rondas de seguridad por parte del personal asistencial y finaliza con el egreso seguro del paciente. (MinSalud, 2019).

En este contexto las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, guían la toma de decisiones y permiten la planificación de medidas preventivas y la medición de los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención que se acometan.

2.4.17 Prevenir las úlceras por presión

La frecuencia de úlceras por presión es otro indicador de calidad de la atención en salud y de seguridad de los pacientes al interior de las instituciones, ya que son prevenibles en la medida en que la institución pueda identificar los pacientes susceptibles de desarrollarlas permitiéndoles formular planes específicos de atención, contribuyendo a mejores resultados de calidad en salud. (MinSalud, 2019)

2.4.18 Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo

Según el Ministerio de Salud y protección social de Colombia Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo fortalece el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención este proceso.

2.4.19 Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

La prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y al procedimiento de transfusión sanguínea como herramienta terapéutica útil en la práctica médica actual para salvar vidas, no está libre de riesgos. Una reacción adversa transfusional (RAT) es una respuesta indeseada e imprevista asociada a la transfusión de sangre o sus componentes o derivados, que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente-receptor. (MinSalud, 2019).

Las reacciones transfusionales que se presentan durante o poco tiempo después de la transfusión ocurren entre 1% a 3% de las ocasiones. Algunas reacciones constituyen eventos clínicos que se presentan a largo plazo y que afectan la salud del receptor de manera crónica. Se ha estimado que al menos el 20% de las transfusiones presentan alguna clase de reacción adversa y el 0,5% de ellas son consideradas serias o severas. Se ha demostrado que la sangre es un potencial transmisor de enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras.

2.5 MARCO LEGAL

El sistema de salud colombiano goza de un extenso documental normativo del cual se tomaron los más relevantes relacionados con la seguridad del paciente.

Ley 100 de diciembre 23 de 1993

Por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Esta norma expresa que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar, los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. La ya mencionada ley en su Art 173 expresa que dentro de este se destacan dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud que incluyen formular y adoptar, en coordinación con el antes Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas, y proyectos para el SGSSS, de acuerdo con los con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la Republica. Expedir y dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, también en su Art 185 indica que las IPS deben tener como principios básicos la calidad, la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera, También en el Art 186 establece que el gobierno Nacional propiciará la conformación de un Sistema de Acreditación de las IPS para brindar información a los usuarios sobre calidad y promover su mejoramiento. Finalmente en el Art 227 constata que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objetivo de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Resolución 3997 de 1996 octubre 30

La cual establece que las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. también establece en su artículo 9 que Las EPS, Entidades Adaptadas y ARS podrán desarrollar "Programas permanentes para la atención preventiva de enfermedades y riesgos específicos", donde periódica y permanentemente bajo la indicación de los profesionales de la salud, se brinde orientación e información a los afiliados, grupos familiares, grupos sociales como profesores y alumnos, empleadores y trabajadores, ancianos, entre otros, para enseñar a: reconocer una enfermedad o un riesgo, identificar síntomas y signos de alerta, manejar en forma domiciliaria la enfermedad cuando corresponda, reconocer la oportunidad e indicación para solicitar atención por consulta externa o urgencias, identificar la importancia del uso racional de medicamentos formulados por profesionales responsables, desarrollar el autocuidado que permita evitar la ocurrencia de la enfermedad o su evolución a estados más avanzados, identificar el manejo pre hospitalario de la enfermedad: servicios de ambulancia y paramédicos de emergencia, servicios quirúrgicos o clínicos ambulatorios, servicios de apoyo al diagnóstico, racionalizar y optimizar el uso de los servicios que prestan las IPS,

EPS, entidades adaptadas y ARS, utilizar los servicios de rehabilitación y readaptación funcional, psicológica, social y laboral, con la participación de quienes ya han superado o controlado la enfermedad.

Acuerdo 117 DE 1998 de diciembre 29

Este acuerdo se refiere a que las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la morbi - mortalidad evitable será posible alcanzar las metas propuestas para conseguir un cambio positivo en la salud de la población. Además, se estableció el obligatorio cumplimiento de la actividad, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Dentro de este mismo acuerdo se establece en el Capítulo 1. Donde obliga a las EPS a la ejecución de las actividades de P y P.

Ley 1122 de 2007

esta plantea ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, además del fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud para alcanzar el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Ley 1438 de 2011

Esta ley está basada en el planteamiento del fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS-, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad

promuevan la creación de un ambiente sano y saludable y el mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.

Herramienta para promover la estrategia de la seguridad del paciente / 2007

Al respecto, las instituciones de salud disponen y deben usar todas las herramientas necesarias para promover y ejecutar la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente y presenta ejemplos tangibles de mejoramiento que evidencian el trabajo en seguridad del paciente.

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en junio de 2008

Estos lineamientos buscan la prevención de la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, para así eliminar la ocurrencia de eventos adversos, contando con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La política describe una orientación hacia la prestación de servicios de salud estable, requiriendo que la información sobre seguridad del paciente este integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimientos con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de los hechos definidos en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud 4 de marzo de 2010”

Esta norma busca brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para asegurar la operatividad e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales ya que recopila una serie de métodos que incrementan la seguridad de los pacientes, protegiendo la vida y la salud de los ciudadanos.

Resolución 3100 de 2019

Esta resolución define los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los mismos, se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud definiendo los estándares mínimos de calidad que deben cumplir todas las clínicas, consultorios, hospitales, entre otras IPS, para así disminuir el riesgo en la atención, garantizando la seguridad del paciente con base a sus buenas prácticas, ya que en referencia a las de acreditación, esta es de obligatorio cumplimiento y se aplica en las instituciones de salud del país exceptuando cumplir con lo establecido, los servicios de salud que se presten extramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014, y también están exceptuadas las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción establecidos el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, salvo que estos últimos voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el SGSSS.

3 METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto, ejecutándose en la E.S.E CAMU DEL PRADO durante el año 2019 periodo 1.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

E.S.E CAMU DEL PRADO es una entidad que atiende pacientes de enfermedad general, que requieren procedimientos de mediana complejidad con cobertura en el municipio de Cereté y municipios vecinos. Presta servicios de consulta médica general, urgencias y hospitalización, imagenología y laboratorio clínico entre otros.

3.3 POBLACIÓN

La población objeto de estudio fueron las 12 sedes de la E.S.E CAMU DEL PRADO del municipio Cereté Córdoba dispersar en diversos corregimientos y en la zona urbana del municipio.

3.4 MUESTRA

Se seleccionaron siete (7) sedes de la E.S.E CAMU DEL PRADO del municipio de Cereté Córdoba, dentro de las cuales encontramos: Santa Teresa, Centro, Mateo Gómez, Manguelito, Martínez, Retiro de los Indios y Urgencias. La selección fue aprobada por las directivas de la organización.

3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada sede fue considerada una unidad de análisis y en cada una de ellas se aplicó la lista de chequeo a todo personal encargado de la seguridad del paciente lo que proporcionó la información para el análisis del cumplimiento y verificación de los estándares de seguridad del paciente

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

Las sedes incluidas debían estar en funcionamiento, el personal a encuestar debía tener un vínculo laboral mínimo de seis meses, además debió aceptar participar de la investigación.

3.6.2 Criterios de exclusión

Personal de vacaciones o incapacitado en el período de aplicación del instrumento.

3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recolectó la información mediante la aplicación de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes. Esta se aplicó a cada coordinador de sede. Se evaluó cada componente dando una calificación por cada ítem de la lista de 1 a 5 equivalente a 1 el 20 % y 5 el 100% del cumplimiento de cada ítem.

3.8 INSTRUMENTO

La lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias propuesta por el Ministerio de S y Protección Social evalúa 9 componentes a saber:

1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
2. Monitorizar aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.
6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
7. Prevenir las úlceras por presión.
8. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.
9. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.

Los componentes de prevención de úlceras por presión y prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea no fueron evaluados porque la institución no tiene banco de sangre, no realiza transfusiones y no tiene hospitalizaciones de larga estancia.

3.9 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se registró en una hoja Excel en la cual se añadió una columna de cumplimiento de cada ítem. El análisis se hizo con el porcentaje de cumplimiento de los ítems y aspectos evaluados.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Según la Resolución 8430 de 1993, artículo 5 y el artículo 11 inciso “a”, esta es una “investigación sin riesgo” dado que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

4 RESULTADOS

4.1 ASPECTOS ESTRUCTURALES Y DE PROCESOS DE LA E.S.E CAMU DEL PRADO DE CERETÉ CÓRDOBA

La E.S.E está ubicada en el municipio de Cereté departamento de Córdoba. Fué creada mediante Acuerdo No. 034 del 31 de agosto de 1998 como una entidad de orden municipal para brindar servicios de baja complejidad a la población del municipio de Cereté; escindida de la ESE HOSPITAL SANDIEGO de II nivel de complejidad, de la cual heredó una planta de personal con varios años de antigüedad, su gerente actual es el Dr. Alejandro Lara. Su misión indica que es una Empresa Social del Estado que brinda servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, contando con el mejor equipo humano y tecnológico para contribuir al bienestar de los usuarios, sus familias y el entorno; proporcionando asistencia médica con calidad, garantizando la seguridad de nuestros usuarios y de la población del Municipio de Cereté. Establece en su visión ser una organización estatal, modelo en el cuidado y restablecimiento de la salud en el primer nivel de atención; en donde su componente técnico, humano y científico, serán factor importante en su excelente servicio; alienada con las tradiciones e inclusión de la población, manteniendo el respeto y dignidad de los usuarios. Busca garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos y convertirse en la mejor opción prestadora de servicios de salud para el SGSSS de Colombia. El empoderamiento institucional E.S. E CAMU del Prado se relaciona con el concepto de poder, que representa una realidad propia del ámbito de las relaciones humanas que siempre son sociales y políticas tal empoderamiento está en el corazón de la vida y las relaciones humanas, ya sea cuando se es padre, cuando se educa o simplemente cuando se da amistad. La E.S.E. desarrolla los valores de honestidad, respeto, responsabilidad y solidaridad,

también fundamenta su actuar en los principios de eficiencia, atención humanizada, equidad y mejoramiento continuo.

Dentro de su portafolio de servicios se encuentra atención de consultas médicas, de odontología y enfermería, atención de urgencias y de parto, procedimientos menores, transporte asistencial básico, traslado, referencia de pacientes, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico, atención ambulatoria e internación general de adultos.

Su política de calidad hace referencia a un compromiso como empresa Social del Estado que consta en ofrecer un servicio con buen trato, efectivo y oportuno, enmarcado en la política de seguridad del paciente o su núcleo familiar, asegurando la satisfacción de los usuarios y clientes a partir de la comprensión de sus necesidades, buscando siempre exceder las expectativas dentro del proceso de atención, sostenidos en los requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad del sector Salud, teniendo como filosofía organizacional la mejora continua en todos los procesos de la Entidad. Esta política implica la adhesión y compromiso de un talento humano altamente competente y comprometido para así garantizar la prestación de los servicios de manera efectiva, en concordancia con la normatividad vigente, con un manejo adecuado de los recursos humanos, físicos y financieros, contribuyendo al bienestar, calidad y calidez de los usuarios.

Finalmente es una empresa que tiene cobertura en la zona urbana y diferentes corregimientos del municipio, brindando atención a población afiliada al régimen subsidiado en su gran mayoría, desarrollando programas de promoción en salud y prevención de la enfermedad, con un talento humano comprometido en brindar a sus usuarios la más alta calidad de la atención en salud.

4.2 CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS APLICADA A LA E.S.E. CAMU DEL PRADO DEL MUNICIPIO DE CERETÉ DURANTE EL AÑO 2019 – 1

El cumplimiento de los criterios evaluados por la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en la ESE CAMU Del Prado, se describen a continuación. Cabe recordar que en seis sedes se evaluaron seis componentes, en la sede de urgencias se evaluaron siete y dos componentes no se evaluaron porque no aplican para la ESE.

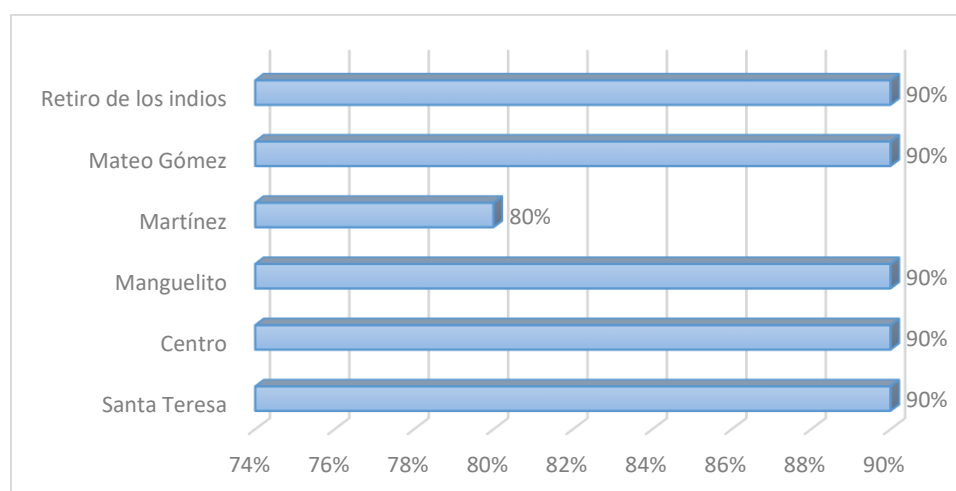
Componente 1. Programa de seguridad del paciente

Se evidenció que la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos a través de una política de seguridad que cumple con los lineamientos nacionales. Los criterios evaluados en este aspecto tienen un cumplimiento del 90% para cinco de las sedes evaluadas mientras que en una el cumplimiento es del 80%. Este resultado es satisfactorio para la E.S.E y coincide con el estudio de Jerlin Yenet Mojica Gómez, enfermera de la Universidad Militar de Nueva Granada, en Bogotá ya que su estudio evidenció un cumplimiento del 90% para este aspecto (Mojica, 2018).

Tabla 1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

SEDES	NO APLICA	APLICA	CUMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	90%
Centro		X	90%
Manguelito		X	90%
Martínez		X	80%
Mateo Gómez		X	90%
Retiro de los indios		X	90%

Figura 1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.



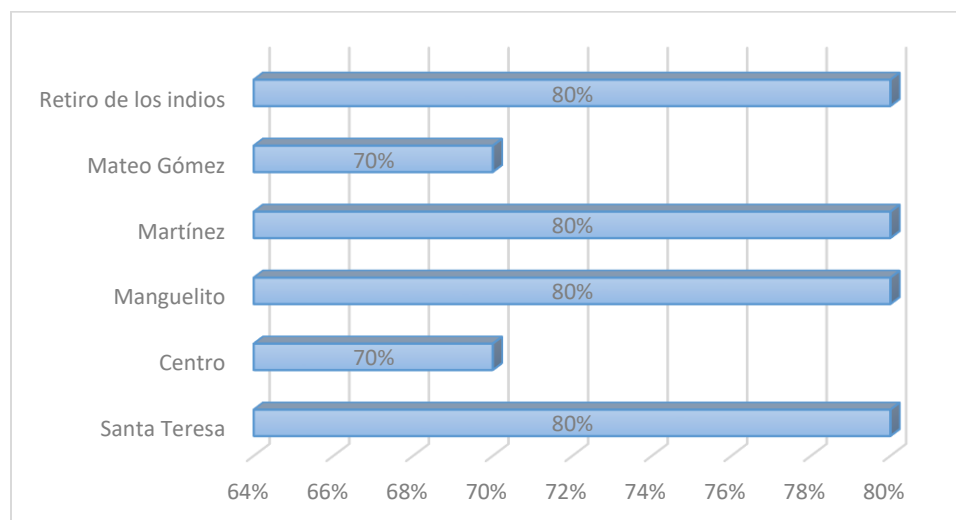
Componente 2: Monitorización relacionada con la seguridad del paciente.

El nivel de cumplimiento de las monitorizaciones relacionadas con la seguridad del paciente, en atención a lineamientos nacionales de la política fue del 80% en tres sedes, resultado que puede estar influenciado por la facilidad en el acceso geográfico a las mismas. Sin embargo las sedes restantes tuvieron un cumplimiento del 70% en este aspecto, resultado que coincide con el estudio Jerlin Yenet Mojica Gómez enfermera de la Universidad Militar de Nueva Granada, Bogotá ya que su estudio cumple en un 90% para este aspecto (Mojica, 2018).

Tabla 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

SEDES	NO APLICA	APLICA	CUMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	80%
Centro		X	70%
Manguelito		X	80%
Martínez		X	80%
Mateo Gómez		X	70%
Retiro de los indios		X	80%

Figura 2. Monitorizaciones de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.



Componente 3: Detección, prevención y reducción del riesgo de IAAS

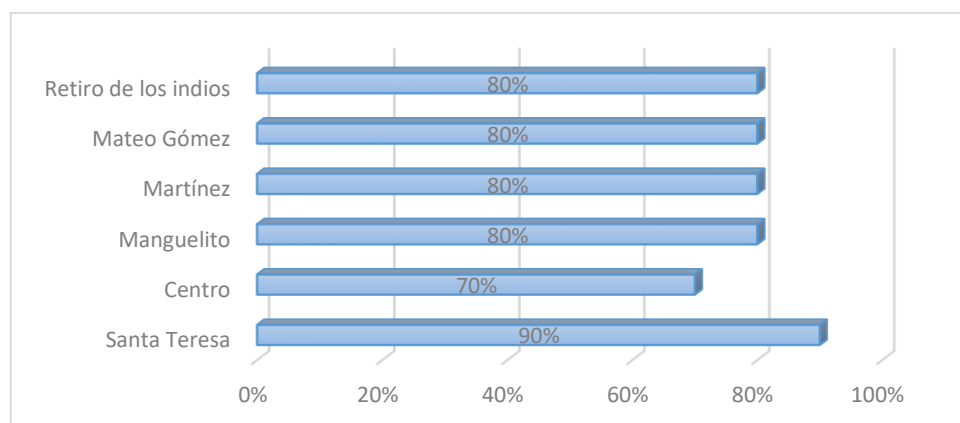
El nivel de cumplimiento en el aspecto detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), se da en un 90% en la sede Santa Teresa mientras que la sedes Mangelito, Martínez, Mateo Gómez y Retiro de los indios lo cumple en un 80% y la sede centro en un 70%.

Tabla 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

SEDES	NO APLICA	APLICA	CUMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	90%
Centro		X	70%
Mangelito		X	80%
Martínez		X	80%
Mateo Gómez		X	80%
Retiro de los indios		X	80%

Este resultado se compara con la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá- Colombia, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia cuyo cumplimiento fue de un 80% este aspecto. (Gomez, 2015).

Figura 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.



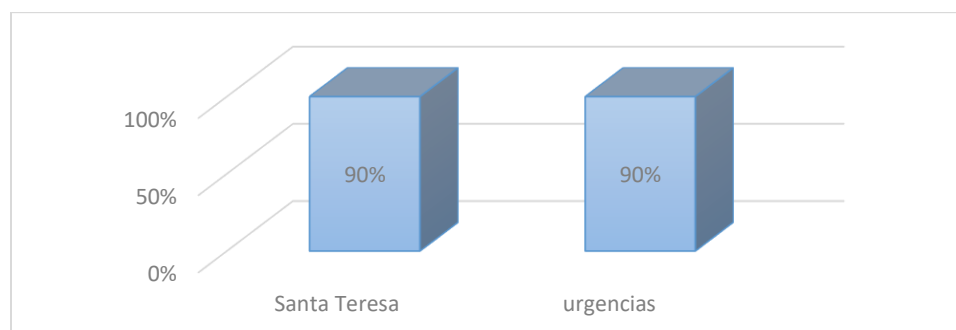
Componente 4: Aseguramiento de la correcta identificación del paciente

Asegurarse de que el paciente correcto recibirá el tratamiento o procedimiento correcto es prioritario para cualquier institución de salud, de ello depende la vida del paciente y la responsabilidad social, económica y legal de la entidad que presta el servicio. En este aspecto que evalúa criterios de cumplimiento institucional para asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales el resultado fue del 90% en las sedes de Santa Teresa y Urgencias, pues solo en ellas era evaluable dado que por las características de los servicios son las únicas donde aplican estos criterios. Resultado considerado satisfactorio y coincide con el estudio la cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición donde los resultados en este componente también fueron del 90% (Arias, 2017).

Tabla 4. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

SEDES	NO APLICA	APLICA	CUMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	90%
Urgencias		X	90%
Retiro de los Indios	X		
Martínez	X		
Manguelito	X		
Mateo Gómez	X		
Centro	X		

Figura 4. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.



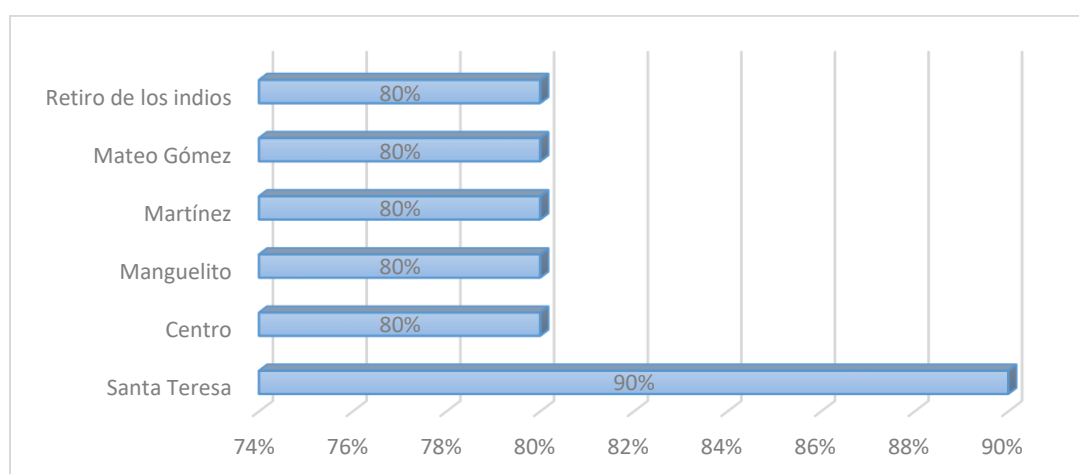
Componente 5: Procesos para la prevención y reducción de caídas.

El nivel de cumplimiento para el aspecto procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas cumple en un 90% para la sede de Santa Teresa mientras que las sedes de Centro, Martínez, Manguelito, Mateo Gómez y Retiro de los Indios cumplen en un 80%. Resultado satisfactorio para la E.S.E. además coincide con el estudio de enfoques y metodologías para su medición en el cual este aspecto tiene un cumplimiento del 90%. (Arias, 2017).

Tabla 5. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

SEDES	NO APLICA	APLICA	COMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	90%
Centro		X	80%
Manguelito		X	80%
Martínez		X	80%
Mateo Gómez		X	80%
Retiro de los indios		X	80%

Figura 5. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.



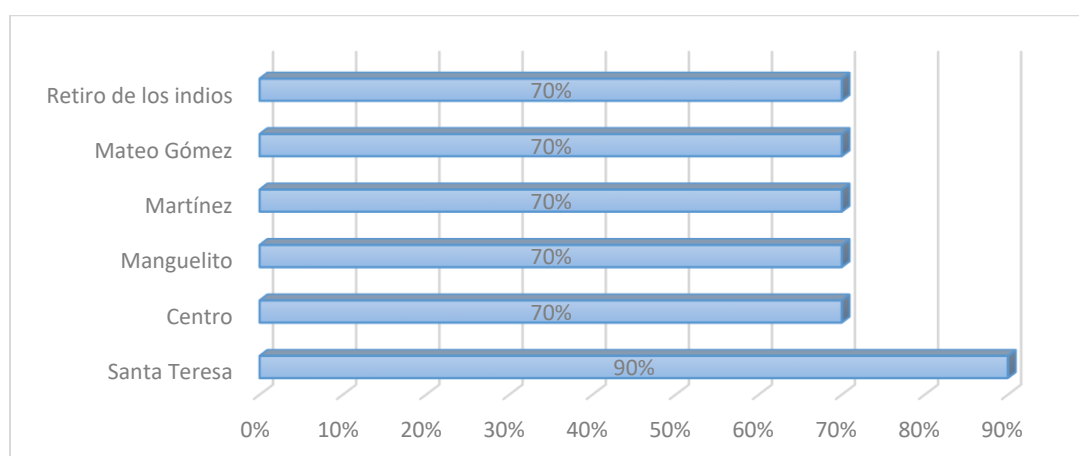
Componente 6: Garantizar la atención segura madre hijo

Los ítems evaluados en el componente relacionado con garantizar la atención segura del binomio madre hijo en la sede de Santa Teresa se cumplieron en un 90%, mientras que para las demás sedes el cumplimiento fue del 70%. Estos resultados coinciden con el estudio de análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería Universidad Nacional de Colombia donde el cumplimiento fue del 90% (Ramírez O. G., 2015)

Tabla 6. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

SEDES	NO APLICA	APLICA	COMPLIMIENTO EN %
Santa Teresa		X	90%
Centro		X	70%
Manguelito		X	70%
Martínez		X	70%
Mateo Gómez		X	70%
Retiro de los indios		X	70%

Figura 6. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.



Componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente evaluados en urgencias

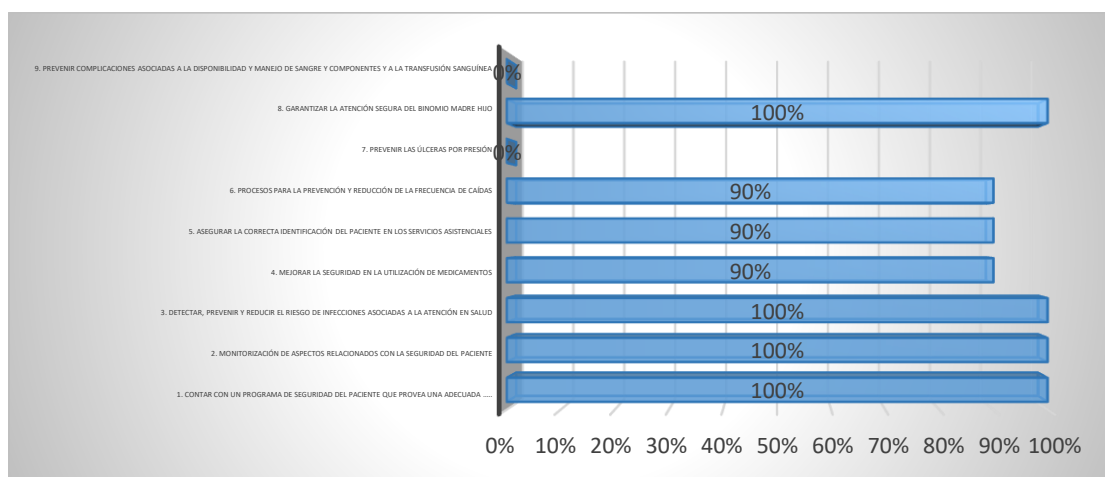
En la sede Urgencias se evaluaron seis componentes, lo cual indica que los ítems relacionados con contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, monitorear aspectos relacionados con la seguridad del paciente, detectar, prevenir

y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud se cumplen en un 100%.

Tabla 7. Buenas prácticas de seguridad del paciente en urgencias

ASPECTO EVALUADO	NO APLICA	APLICA	URGENCIAS
1		X	100%
2		X	100%
3		X	100%
4		X	90%
5		X	90%
6		X	90%
7	X		0%
8		X	100%
9	X		0%

Figura 7. Aspectos de seguridad del paciente evaluados solo en sede de urgencias.



Los ítems que evalúan los aspectos relacionados con mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales y procesos para la prevención y reducción de la frecuencia

de caídas se cumplen en un 80%. Los ítems que evalúan aspectos relacionados con garantizar la atención segura del binomio madre hijo se cumplen en un 100%. Resultados que coinciden con los ya mencionados en las otras sedes.

4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS SEDES DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El más alto nivel de cumplimiento en los estándares o componentes evaluados, se dio en las sedes de Santa Teresa, Urgencias y Centro de la E.S.E CAMU DEL PRADO DE CERETÉ CÓRDOBA. En estas sedes se evidenció la existencia de una plataforma estratégica de la seguridad, el fortalecimiento de la cultura institucional de seguridad del paciente, el reporte de medición y análisis de gestión de eventos adversos, los procesos seguros, la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la garantía de la atención segura del binomio madre hijo.

En las sedes Martínez, Manguelito, Retiro de los indios y Mateo Gómez, se debe mejorar el cumplimiento de aspectos relacionados con la seguridad en la utilización de medicamentos y la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

En la sede urgencias los resultados fueron satisfactorios con recomendación de mejora para los ítems relacionados con asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales, siendo este un ítem importante.

5 CONCLUSIONES

La E.S.E. CAMU DEL PRADO ubicada en el municipio de Cereté – Córdoba cuenta con una política de seguridad del paciente esto se corroboró mediante la aplicación de la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de la seguridad de pacientes obligatorias” propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

La evaluación de las características estructurales y de procesos de la institución, en cuanto al funcionamiento de los servicios o unidades evidenciaron una adecuada organización enfocada en el mejoramiento de la seguridad del paciente con un trabajo coordinado y en equipo.

Los aspectos con mejor cumplimiento se relacionan con tener una plataforma estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional, reporte de medición y análisis de gestión de eventos adversos, procesos seguros, monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente, garantizar la atención segura del binomio madre e hijo, las sedes de en las sedes Santa Teresa, Urgencias y centro.

Las sedes de Martínez, Mateo Gómez, Retiro de los Indios y Manguelito requieren un mayor compromiso para la seguridad del paciente, por parte de las directivas de la institución.

6 RECOMENDACIONES

Mantener la política de seguridad del paciente como una figura de superioridad enfocada siempre al cambio y al mejoramiento continuo de aspectos que atentan contra la seguridad del paciente es de gran importancia, pero a su vez también lo es el ser reconocido como instrumento activo de ese mejoramiento, como un integrante más de la cadena de seguridad para el paciente no solo quien detecta y propone sino también participa y aprende junto con su personal del servicio o unidad.

Mantener una comunicación asertiva y efectiva entre los equipos de trabajo de las áreas asistenciales con las áreas gerenciales, para que se lleve el correcto funcionamiento de la política y que todo el trabajo realizado se exponga recíprocamente, de tal manera que cada una de éstas conozca la labor de los servicios y áreas de trabajo. Contribuyendo así al efectivo desempeño de las áreas mencionadas, ya que el buen clima laboral favorece a la implementación de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones.

Mantener la unidad del personal que trabaja en los servicios para contribuir a la calidad del servicio prestado al paciente, a su familia y cuidadores. Además para fortalecer la estabilidad de la política en la sedes con menos cumplimiento, para llevar a cabo sus funciones de la manera más **eficientemente** posible.

Mantener las líneas de comunicación dentro del equipo de salud, **permitiendo** la identificación puntual de oportunidades de mejoramiento dentro del servicio y la

formulación de estrategias de trabajo en equipo que logren mejorar la calidad de la seguridad del paciente.

Implementar dentro de la E.S.E CAMU DEL PRADO diferentes estrategias que permitan inculcar en los trabajadores técnicos y profesionales la necesidad de actualización en los conocimientos para la atención del paciente, lo que generará en ellos más confianza en sus aptitudes y una mayor conciencia de las acciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, así con el tiempo se logrará que la notificación de eventos adversos en salud se vea reemplazada por el reporte de conductas de riesgo antes de afectar al paciente.

7 LISTAS DE REFERENCIAS

Arias, J. (2017). *La cultura de la seguridad del paciente: enfoques*, recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>

Becerra, M. (2008). *seguridad del paciente y la higiene de manos*. Conamed, Vol. 13, eº. Extra 2, recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627823>

Ceriani Cernadas, José M. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 Nro. 5 - Octubre 2009 consultado el 20 de febrero de 2020 en la Wayback Machine.

Castillo, A. (2010). *[El inicio de los aislamientos hospitalarios]*. enfermería UP. Recuperado de: <http://enfermeriaupmexico.blogspot.com/2010/11/el-inicio-de-los-aislamientos.html>

Díaz, C. (2014). Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. MED WAVE. Vol. 3 eº5941 recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5941>

Domingues L. –Barrera E. (2015). *protocolo de seguridad del paciente para la administracion de medicamentos* recuperado de: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/239/1/SEMINARIO%20DE%20PROFUNDIZACI%C3%93N%20EN%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Donabedian. A. (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA 1990). Garantías y monitorias de calidad de la atención médica. Perspectiva en salud pública. [EN LINEA] recuperado de: <https://www.worldcat.org/title/garantia-y-monitoria-de-la-calidad-de-la-atencion-medica-un-texto-introductorio/oclc/50915232>

Echeverri, D. (2007). *Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos, no tiene justificación*. [revista colombiana de cardiologia] vol 25 e° 5 recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-errar-es-humano-ocultar-los-S0120563318301578>

Estepa, M. (2015). *Eficacia de los programas de seguridad del paciente*. Scielo vol.19 e°.1 recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008

Franco, A. (2010). *La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema*. Universidad del Valle, Vol 36 e° 2 recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/343>

Gérvás J. Seguridad (en serio). Acta Sanitaria. 14/03/2011.». Archivado desde el original el 7 de septiembre de 2011. Consultado el 15 de FEBRERO de 2020.

LOPEZ, A. (2014). [Historia de los Hospitales en el mundo. *cronicas de salud*]. *Cronicas de salud*, recuperado de: <https://cronicasdesaludcuba.wordpress.com/2014/03/18/historia-de-los-hospitales-en-el-mundo/>

Martínez, C. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Scielo web consultado 20 de febrero de 2020 recuperado de:* http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ministerio de Protección Social. Colombia (2006). Recuperado de: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Ministerio de Protección Social Colombia (2008). *lineamientos para la política de seguridad del paciente*. recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

Ministerio de protección social de Colombia. (2009). *Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/La%20instituci%C3%B3n%20debe%20monitorizar%20aspectos%20claves%20relacionados%20con%20la%20seguridad%20del%20paciente.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2011). *Mejora en la utilización de medicamentos*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2014). [En línea] recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de salud de Colombia (2019). recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2009). *lineamientos para la política de seguridad del paciente*. [en línea] recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

Ministerio de salud y protección social de Colombia (2018) BOGOTA. *MANUAL DE MEDIDAS BÁSICAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN IPS*. [En línea] Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>

Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2020). seguridad del paciente. [En línea] consultado 16 de mayo de 2020, recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Ministerio de salud. Perú - Cusco (2006). *GUIA DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO*. [En línea]: recuperado de: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/guias/GUIA%20AISLAMIENTO%20HOSPITALARIO.pdf>

Ministerio de Sanidad Y Consumo de España (2005). Estudio ANEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Recuperado de: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

Ministerio de Sanidad Y Consumo de España (2007). Estudio APEAS.. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Recuperado de: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2008). Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2009). estudio SYREC *insidentes y eventos adversos en medicina intensiva seguridad y riesgo en el enfermo critico*.
<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SYREC.pdf>

Ministerio de sanidad, política social e igualdad de España (2010). Estudio EVADUR. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales. recuperado de:
https://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_25.pdf

Ministerio de sanidad, política social e igualdad de España(2011). Estudio EARCAS Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio sanitarios. Recuperado de:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>

Miranda, M. (2008). [*Un lavado de manos salva vidas*]. Scielo [vol 25] e°1 recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011

Mojica. (2018). *manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente*. universidad Militar Nueva Granada, recuperado de:
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/12042/Manual%20de%20buen?sequence=1>

Muino. M. (2007). *seguridad del paciente*. Scielo vol.24 e°.12 recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010

Organización Mundial de la Salud (2007), [OMS] *la investigacion en seguridad del paciente*, Recuperado de: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, (2010). *Seguridad del paciente*, recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud (2008). *la investigacion en seguridad del paciente*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

Gómez, O. (2011). Bogotá. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Scielo*. [En línea] consultado el 15 de marzo de 2020 recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009

Gómez, O. (2011). Bogotá. *Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente*. [En línea] consultado el 16 de marzo de 2020. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ramirez, S. (2009). Seguridad del paciente, *salud en tabasco*, Vol. 15, E. 1, recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48712088001.pdf>

Ramirez, O. G. (2015). *Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente*. Volumen 29, E° 2, p. 363-374 recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

Sánchez. A. (2009). *PrimumNonNocere*. [en linea] recuperado de:
<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/epidemiologia/primumnonnocere.pdf>

Suarez, L. T. (2015). *A IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LAS ORGANIZACIONES*. Universidad militar nueva granada, BOGOTA.
ECUPERADO DE:
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/13939/LUZ%20Y%20LA%20IMPORTANCIA%20DEL%20TRABAJO%20EN%20EQUIPO%20EN%20LAS%20ORGANIZACIONES.pdf;jsessionid=9D9DBEF2A1CE7501E077C366B32FFE7B?sequence=2>

Villarreal, E. (2007). Seguridad del paciente *un compromiso de todos para un cuidado de calidad*. salud Uninorte vol. 23, núm. 1, pp. 112-119 recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723111%253E%2520ISSN%25200120-5552>



8 ANEXOS

Anexo 1

LISTA DE CHEQUEO
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DIRECCION DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos				
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad				
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)	Evidencia del compromiso profesional con la atención Segura a través de una política que incluya: Propósitos, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, metodología de análisis de causa de los incidentes y eventos adversos.			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	No aplica			
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)	No aplica el Comité de Seguridad pero sí la evidencia de análisis de causa a las fallas que se presenten.			

b. Fortalecimiento de la Cultura institucional				
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	Aplica si cuenta con personal de apoyo			
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos				
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	Aplica el análisis de causa por el profesional, no en comité de seguridad			
d. Procesos Seguros				
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales Priorizados	Aplica			
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	Aplica			
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	Aplica			
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	Aplica para los servicios que ofrece			
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	Aplica para los servicios que ofrece			
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente				
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	No aplica			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	Aplica			

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica el análisis de causa del evento adverso por el profesional, no en comité de seguridad			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	Aplica			
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	Aplica			
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	No aplica			
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	No aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	Aplica			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si Aplica	Aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			

Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para medicamentos ambulatorios			
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	No aplica			
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	No aplica			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado			
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado			
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica			
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	No aplica			

Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	Aplica			
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la identificación de pacientes de manejo ambulatorio			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación	Aplica para la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio			
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	No aplica			
6. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS				
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio			
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	No aplica			
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio			

Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
7. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica			
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	No aplica			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene	No aplica			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
8. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	Aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ÍTEM A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica			
9, PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reaccion adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	No aplica			
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.	No aplica			
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión . Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora . Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	No aplica			
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			



Cerete 12 de junio 2020

Sres.(a)

Michael de Jesús Díaz Morelo – Yoseli Patricia Vascones Mestra

Cerete - Córdoba

La **ESE CAMU del prado** de cerete Córdoba basándose en el reglamento institucional y legal de la institución autoriza a los estudiantes Michael Jesús Díaz Morelo – Yoseli Patricia Vascones Mestra las facultades con el fin de realizarse el uso de la información y publicación de un estudio realizado por los estudiantes antes mencionados.

Dicha autorización vincula a las partes **AUTOR** (es) y universidad de Córdoba de manera pura y simple a la institución, con el fin de que utilice el artículo para su publicación.

Leonardo lino lengua

Encargado de calidad

